Záznam o lékařské prohlídce

hráče hokejového klubu

Jméno a příjmení hráče: ..……………………………………… Datum narození:…………………..

Zdravotní stav, potíže, omezení:

Závěr: Schopen pro lední hokej

 Datum:......................... ……………………………….

 Razítko a podpis lékaře

Záznam o lékařské prohlídce

hráče hokejového klubu

Jméno a příjmení hráče: ..……………………………………… Datum narození:…………………..

Zdravotní stav, potíže, omezení:

Závěr: Schopen pro lední hokej

 Datum:......................... ……………………………….

 Razítko a podpis lékaře